

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 36

LA

PÉRICOLITE MEMBRANEUSE

DE JACKSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Février 1921

PAR

Achille CHARRIER

Né à Saint-Prouant (Vendée), le 9 Septembre 1891

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

LA
PÉRICOLITE MEMBRANEUSE
DE JACKSON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 36

LA

PÉRICOLITE MEMBRANEUSE

DE JACKSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Février 1921

PAR

Achille CHARRIER

Né à Saint-Prouant (Vendée), le 9 Septembre 1891

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		LEENHARDT, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire: M. E. BERTIN-SANS.

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	N...
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	{	EUZIERE.	Accouchements	{	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.).
Histologie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE.
		DELMAS (J.).			CABANNES.
		GRYNFELTT	Chimie		MESTREZAT
			Physique		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES ET CAMARADES
DES FACULTÉ ET ÉCOLES DE MÉDECINE
D'ANGERS, NANTES ET MONTPELLIER

A. CHARRIER.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

MONPROFIT ET THIBAUT

A MONSIEUR LE DOCTEUR SPILLMANN, d'Angers

En témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COULONJOU

MÉDECIN-CHEF DES QUARTIERS D'ALIENÉS A L'HOSPICE GÉNÉRAL DE NANTES

A. CHARRIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A. CHARRIER.

LA

PÉRICOLITE MEMBRANEUSE

DE JACKSON

INTRODUCTION

Pendant de longues années, l'appendicite a tenu, en pathologie abdominale, un rôle quasi exclusif. On est moins absolu aujourd'hui, et nous avons assisté au retour de l'ancienne typhlite et de toute une série d'affections telles que la sigmoïdite, les diverticulites, etc.

La pathologie du côlon droit a suggéré de nombreux travaux qui ont permis d'isoler, aux dépens de l'appendicite, plusieurs lésions intéressantes.

Parmi ces lésions, il en est une qu'il faut bien connaître pour éviter des surprises opératoires: c'est la péricolite membraneuse de Jackson.

A propos d'une observation particulièrement typique, recueillie dans le service de notre maître, M. le professeur Estor, nous décrirons cette curieuse affection.

Nous examinerons les théories émises sur son origine et sa nature; nous tâcherons de montrer son rôle en patho-

logie abdominale et nous insisterons sur les procédés opératoires dirigés contre elle.

Les intéressants travaux de Leveuf ont donné à cette question un intérêt nouveau : ils ont permis de préciser la pathogénie de cette formation.

Il est indispensable de bien connaître la péricolite membraneuse. Cette affection donnant, en effet, les signes de l'appendicite chronique, détermine le chirurgien à enlever l'appendice et, naturellement, sans qu'il en résulte pour le malade d'amélioration notable : les troubles digestifs et les douleurs persistant ou même augmentant tant qu'on ne s'est pas attaqué à la cause réelle du mal.

HISTORIQUE

Nombre de malades continuant à souffrir après une appendicectomie, on s'est attaché à préciser les lésions du gros intestin capables d'expliquer ces troubles persistants.

C'est ainsi que, successivement, ont été étudiés; les ptoses coliques, les typhlectasies, le cæcum mobile, les typhlites et typhlocolites, les épiploïtes, la stase intestinale chronique et ses causes, la péricolite membraneuse.

En 1889 déjà, Glénard, dans sa description aujourd'hui classique de l'entéroptose, montrait quel rôle important elle joue dans la dilatation du cæcum.

En 1906, Dieulafoy sépare de l'appendicite, les fausses appendicites par typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse:

Mansell Moulin avait, en 1901, publié à la Medical Society de Londres, la première iléo-sigmoïdostomie pratiquée pour constipation chronique. De cette même époque date le début des nombreuses publications de Lane, consacrées à l'étude de la stase intestinale chronique, assisté dans ces dernières années par Chapple et Jordan.

En Allemagne, on s'occupe surtout du cæcum mobile après Hausmann et Wilms; on décrit la typhlatonie après Fischler, les torsions cæcales avec Klose, la pérityphlite avec Hofmeister.

En Amérique, la question est bien étudiée par Jackson, Crossen, Mayo, Flint, Hall, etc.

En 1903, Tavel décrit la péricolite cicatricielle post-appendiculaire avec huit observations.

Les publications de Lejars, Jack Roux, Mathieu, Duval, ont contribué à faire connaître en France la péricolite membraneuse.

Une série de travaux lui sont alors consacrés: thèses de Bretagne, de Lequeu, de Sorrel, articles de Leveuf, Lenormant, Lenormant et Oberlin, Runyan, Aimes, Bolognesi, etc.

On s'attache actuellement à classer toute la série des lésions anatomiques observées dans la stase intestinale chronique.

Il importe de mettre de l'ordre dans cette question car on a trop multiplié les formes et les noms; pour citer un exemple: *cæcum mobile typhlatoxie*, *volvulus du cæcum*, *typhlectasie*, *constipation congénitale*, sont des affections très voisines qui méritent une étude d'ensemble.

On tente, d'ailleurs, de regrouper ces lésions dont les liens de parenté sont très étroits.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° LA MEMBRANE DE JACKSON

La première description de la péricolite membraneuse a été faite en 1909 par Jackson qui a trouvé à l'opération un véritable voile étendu du péritoine pariétal au cæcum qu'il enveloppe sur une étendue plus ou moins grande.

Voici la description initiale d'après Franck-Hall, anatomo-pathologiste auquel Jackson avait confié un cadavre dont les lésions lui paraissaient typiques :

« D'un point situé juste à l'angle hépatique jusqu'à trois ponces au-dessus du cæcum, s'étend du péritoine pariétal par-dessus le bord latéral externe jusqu'à la bande musculaire longitudinale externe, un mince voile vasculaire dans lequel courent des vaisseaux sanguins longs, droits et non anastomosés. Beaucoup d'entre eux sont parallèles et prennent une légère direction spirale sur le côlon, depuis en haut sur l'attache péritonéale jusqu'en bas sur la partie inférieure de l'intestin, se terminant juste au-dessus de la tête du cæcum. L'appendice n'est nullement intéressé.

Courant avec les vaisseaux, sont de nombreuses bandes brillantes et étroites de tissu connectif qui s'élargissent graduellement et finissent en une attache légèrement en éventail sur des points différents de la surface antérieure

et externe du côlon. En ces points, l'intestin est retenu par une plicature rigide.

La pièce entière donne à l'œil l'impression qu'un liquide d'œdème se trouve sous la délicate membrane et ne rappelle rien aussi bien qu'une arachnoïde œdémateuse rencontrée si souvent en enlevant la dure-mère du cerveau d'un alcoolique.

Le côlon semble placé dans un sac diaphane légèrement trop court pour le contenir sans le plisser.

Au commencement de l'angle hépatique, la membrane contractée angule le côlon contenu.

De-ci, de-là, sont des taches de graisse au-dessous du voile.

En remuant la pièce, le côlon glisse dans son sac sans entière liberté, comme un fœtus dans un sac amniotique ».

Plus récemment, Jackson a étendu la topographie de cette péricolite :

« Tantôt la membrane vient du péritoine pariétal, juste au-dessus du cæcum et se dirige directement en haut pour disparaître sous le foie, en se confondant avec la couche supérieure du côlon transverse. Tantôt elle semble attachée à la face inférieure du foie bien en avant de la réflexion normale du péritoine. Parfois, elle s'étend presque sous le côlon transverse qui, dans un cas, était attiré en bas par la membrane, et pratiquement, le côlon descendant était parallèle au cæcum ».

L'appendice est souvent recouvert par la membrane.

« Le cæcum et une partie plus ou moins étendue du côlon ascendant montrent une couverture de tissu conjonctif fin, une sorte de voile hyperémique, qui se laisse soulever avec la pince, en plis. Lorsqu'on coupe le pli soulevé, la séreuse apparaît en dessous. L'étendue de ces voiles est très changeante : ils peuvent former un sac autour du cæ-

cum et passer sur l'appendice et son mésentère (Hofmeister) ».

Ellint, qui en a observé 29 cas en deux ans, classe les membranes de péricolite en trois groupes :

A. — Dans le groupe le plus commun, le voile s'étend du péritoine pariétal, le long du bord marginal latéral du côlon, tout près de la courbure hépatique, sur les faces latérale et ventrale du côlon et du cæcum. Le sommet du cæcum est souvent libre, mais, non seulement le sommet du cæcum, mais encore la portion proximale et quelquefois la totalité de l'appendice peuvent être atteints.

B. — Dans un autre type, les membranes naissent plus bas et s'étendent du péritoine pariétal au sommet du cæcum, couvrant ordinairement la moitié proximale et plus rarement la totalité de l'appendice. Elles ne remontent pas haut sur le côlon ascendant.

C. — Dans le troisième groupe, plus rare, le voile s'étend sur la face ventrale du côlon et se continue avec le grand épiploon ou lui adhère.

Ces connexions entre la membrane de Jackson et le grand épiploon sont du plus haut intérêt. Nous le verrons plus loin en étudiant la théorie de Leveuf qui rattache le voile membraneux à l'épiploon.

D. — Un quatrième groupe doit être ajouté à ces types il existe, en effet, au niveau de l'angle sous-hépatique, des bandes embryonnaires très variables dans leur développement. Leveuf les décrit ainsi :

a) *Ligament hépato-colique*, prenant une large insertion en avant du rein et s'étendant fréquemment jusqu'au foie, en avant du point où le péritoine se réfléchit sur la face inférieure de cet organe.

b) *Lame fixatrice du coude* (Buy), tendue entre les deux branches de la coudure hépatique.

c) *Ligament cystico-duodéno-épiploïque* (Anecl et Sénart), qui, comme son nom l'indique, irradie de la vésicule pour gagner le duodénum, le grand épiploon, venant souvent tapisser l'angle colique droit.

Lorsqu'il est bien développé, ce ligament forme la paroi antérieure de l'entonnoir prévestibulaire dont la paroi postérieure est représentée par le ligament hépato-colique. Cet entonnoir mène à l'hiatus de Winslow, dont il masque l'entrée.

Tous ces ligaments ont l'aspect vélamenteux que Jackson donne comme caractéristique de la péricolite membraneuse.

Virenque pense que le ligament cystico-duodéno-épiploïque est pathologique. (Thèse de Paris, 1920.)

La péricolite membraneuse de Jackson se rencontre assez souvent au cours des opérations et Leveuf, en la recherchant systématiquement, l'a trouvée onze fois bien développée sur trente-cinq autopsies pratiquées au hasard dans les pavillons de dissection.

2° RAPPORTS DE LA MEMBRANE DE JACKSON AVEC LES BANDES DE LANE

Un point intéressant à étudier est la relation qui existe entre la membrane de Jackson et la coudure iléale de Lane.

Celle-ci est une inflexion en V renversé (A), souvent très aiguë, de la partie terminale de l'iléon, due à un certain degré de rétraction mésentérique (bande située sur la face inférieure du mésentère de la portion terminale de l'iléon) et, très souvent, à l'existence d'adhérences intestinales, parfois d'une véritable bride qui maintient rapprochées les deux branches du V.

« Lorsque le cæcum est prolabé dans le petit bassin, dit Lane, il s'établit, le long du côlon ascendant, une série d'adhérences anormalement développées entre le bord externe du gros intestin et le péritoine adjacent de la paroi postérieure de l'abdomen. A la partie inférieure, ces adhérences s'étendent sur le cæcum jusqu'à l'appendice dont elles envahissent le tiers ou la moitié de la portion proximale ».

Pour Lane, c'est un méso-appendice acquis, distinct du mésentère normal de cet organe. On tend actuellement à admettre que les bandes de Lane et la membrane de Jackson, ne sont qu'une même formation.

Cependant les examens anatomiques ont montré à Leveuf qu'il y avait, dans quelques cas, simple coïncidence, entre la membrane de Jackson et des adhérences appendiculaires congénitales; les deux éléments étant parfaitement distincts.

3° RAPPORTS DE LA MEMBRANE DE JACKSON AVEC LE GRAND ÉPIPLOON

Nous insisterons encore sur la continuité des membranes de péricolite avec le bord droit du grand épiploon.

Déjà signalée dans un cas par Jackson, elle a été trouvée par Crossen, Flint, Wilkie, Isaacs, Haller.

Leveuf en distingue plusieurs types :

a) Le bord droit du grand épiploon se continue par un voile séreux précolique tapissant l'intestin, l'angle sous-hépatique jusqu'en un point plus ou moins rapproché de l'angle iléo-cæcal. La transition ne se fait pas brusquement, mais les lobules graisseux du grand épiploon se raréfient de plus en plus, au point de ne plus former que quelques trainées jaunâtres se perdant progressivement sur le voile (3 cas).

b) Le bord droit du grand épiploon se fusionne avec un ligament de l'angle, disposition plus fréquente (7 cas).

c) Le grand épiploon vient tapisser le côlon, s'attachant en dehors de lui sur le péritoine pariétal où il prend une insertion linéaire de hauteur variable. Il s'arrête parfois sur la face ventrale du côlon, le long de la bandelette antérieure (3 cas).

« Chez tous ces sujets, l'insertion de l'épiploon et du voile péricolique en continuité avec lui, se faisait suivant une ligne régulière, soit sur le péritoine pariétal, soit le long de la bandelette antérieure du côlon ».

4° ACTION DE LA MEMBRANE DE JACKSON SUR L'INTESTIN

Les études récentes, très nombreuses, sur la stase intestinale, ont mis en évidence le rôle joué dans cette stase par la membrane de Jackson.

Il est facile de comprendre, en effet, que celle-ci peut comprimer le côlon ascendant lorsqu'elle le recouvre entièrement; qu'elle peut en rétrécir la lumière par son bord inférieur, lorsqu'elle s'arrête vers la partie moyenne du côlon, ou par son bord supérieur lorsqu'elle ne recouvre que le cæcum; qu'elle peut, en s'insérant sur un point quelconque de l'intestin, en diminuer le calibre. Enfin, on a beaucoup insisté sur l'adhérence en canon de fusil de l'angle sus-hépatique.

L'adhérence en canon de fusil de cet angle colique est due, le plus souvent, à des brides cicatricielles. Les légers voiles membraneux sont insuffisants pour expliquer la plupart des sténoses dues à cette lésion. Haller a particulièrement décrit les adhérences par épiploïte chronique observées par Walther à ce niveau. Il s'agit donc le plus souvent de brides inflammatoires.

Une discussion intéressante a été soulevée à propos de la dilatation du cæcum. Les Allemands en faisaient une lésion primitive: la typhlectasie essentielle. Certains auteurs, en particulier P. Duval et J.-Ch. Roux, pensent que la péricolite peut être une des causes de cette typhlectasie en gênant le cours des matières au-dessus du cæcum.

En fait, il est rare d'observer des lésions types et le plus souvent les diverses lésions du cæcum et du côlon droit sont associées: ptose cæcale, cæcum mobile, voiles et adhérences, qui rendent très difficile l'interprétation des cas observés.

Il est difficile d'admettre que le simple voile membraneux de Jackson puisse modifier de façon notable le calibre et les fonctions de l'intestin sous-jacent. Mais le voile ne se présente pas toujours sous le même aspect d'une membrane séreuse, il est parfois vascularisé, d'aspect inflammatoire et Pilcher pense qu'il peut alors entraver le péristaltisme colique ou, au contraire, déterminer un spasme des tuniques musculaires intestinales.

La fermeture aiguë en canon de fusil de l'angle sous-hépatique, paraît plus importante. Glénard en avait signalé les accidents dès 1855 et Walther et Haller, P. Duval et J.-Ch. Roux, ont insisté sur cette lésion.

Il paraît cependant plus vraisemblable, par la critique des observations publiées, d'incriminer l'infection colique pour expliquer les troubles intestinaux.

Nous avons dit, au début de ce travail, que l'étude de la pathologie segmentaire de l'intestin se substituait actuellement à l'étude trop exclusive de la seule appendicite. A côté de la sigmoïdite, on a mis en évidence des colites, des typhlites.

En clinique, ces colites segmentaires sont plus souvent en cause que les voiles membraneux, très fréquemment

retrouvés au cours des autopsies sans qu'ils se soient révélés du vivant du sujet par des troubles cliniques notables.

PATHOGENIE

La pathogénie de la péricolite membraneuse est encore très discutée. Ces controverses ont eu les plus heureux résultats, car elles ont été le point de départ de toute une série de recherches intéressantes :

1° *Théorie mécanique.* — C'est la théorie de Lane, qui rend la station debout responsable des accidents. L'homme n'a pas été fait pour la station debout, et l'intestin, organe mal fixé, a une tendance à se ptôser dans la station verticale. Il en résulte la formation d'adhérences mécaniques, destinées à s'opposer à cette chute de l'intestin. Fragiles, rudimentaires, dans beaucoup de cas, ces adhérences peuvent se développer en vrais mésos contenant des vaisseaux.

Dans les cas pathologiques, ces adhérences sont une cause de gêne, car, par suite de la ptose, elles créent de dangereuses coudures qui se manifesteront cliniquement par la stase intestinale chronique.

2° *Théorie inflammatoire.* — Soutenue par Walther, Jallaguiet, Lardennois, Cotte, Delore, Alamartine, Pilcher, Gerster, Hofmeister, etc.

Pour ces auteurs, la péricolite membraneuse est le résultat d'adhérences inflammatoires. Il s'agit d'une véritable péritonite plastique d'origine, soit intestinale (colite, ap-

pendicite, affection duodénale), soit vésiculaire, soit annexielle, soit même traumatique.

La péricolite n'est « qu'une adhérence mince, étalée, lamelleuse (Lardennois) ».

En faveur de leur hypothèse les partisans de l'origine inflammatoire invoquent la fréquence chez les sujets porteurs de la membrane de Jackson, d'antécédents de colite droite ou de signes de colite découverts au cours des opérations : congestion intestinale, exsudat séreux sur la membrane, présence d'une adénite rétro-cæcale, iléo-cæcale ou mésentérique.

Pilcher admet même que de légères infections à point de départ intestinal peuvent modifier la couverture séreuse, sans colite proprement dite.

Harris va plus loin encore ; il désigne les agents spécifiques créateurs de la péricolite, qui seraient des anaérobies décrits par Runeberg et Keyde.

Pour Lardennois il n'y a « aucun doute sur la réalité de la lymphangite chronique sous-séreuse des côlons et des mésentères dans les colites chroniques avec rétention ».

Delore et Alamartine émettent l'hypothèse qu'il s'agit parfois de tuberculose inflammatoire.

Castex et Delfor del Valle mettent la maladie de Lane sur le compte de l'hérédosyphilis : dans six cas qu'ils ont soumis au traitement spécifique, les résultats ont été excellents ; dans une deuxième série de cas, le traitement opératoire n'a donné que des succès incomplets ou éphémères.

3° *Théorie congénitale.* — Jackson, Mayo, Flint, Leveuf, croient que la membrane de Jackson est d'origine embryonnaire, le voile n'ayant pas l'aspect d'une adhérence inflammatoire et se retrouvant chez le nouveau-né et le fœtus.

Flint, ayant disséqué une série d'embryons humains et deux enfants à terme, a trouvé ces voiles membraneux en dehors de toute péritonite fœtale.

Ils représentent pour lui des attaches plus étendues que normalement, du gros intestin ou péritoine pariétal ou du grand épiploon ou cæcum.

Après la rotation de l'intestin, le cæcum placé, sous le foie, se fixe à la paroi abdominale postérieure par des adhérences, plus ou moins étendues. Quand le cæcum descend, ces adhérences sont étirées en un mince voile contenant des vaisseaux parallèles, à long trajet. L'épiploon, anormalement adhérent au côlon, est attiré en bas avec le cæcum et se continue dans certains cas avec le voile embryonnaire.

P. Duval, Cotte, Gray et Anderson, Castmann, Connell, pensent que, dans certains cas, la péricolite peut être d'origine congénitale.

Leveuf rattache la membrane de Jackson au diverticule droit du grand épiploon « omentum colicum » de Haller. Son étude est basée sur l'examen de 50 nouveau-nés.

L'épiploon se présente à cet âge sous la forme d'un mince sac séreux, peu développé, pendant en avant du côlon transverse, à la face antérieure duquel il adhère.

Dans la plupart des cas, le sac épiploïque s'arrête sur le côlon transverse, au niveau du bord médial de la portion descendante du duodénum (31 cas), mais parfois il se prolonge à droite en un diverticule signalé par Haller. Les deux feuilletts de ce diverticule se fusionnent, oblitérant la cavité épiploïque, puis la lame postérieure ou directe du diverticule s'accole aux surfaces péritonéales sous-jacentes. Elle s'unit au méso-duodénum au-dessus du côlon transverse, à l'angle hépatique du côlon et à droite de lui à la paroi de l'abdomen. Ainsi se constitue du côté droit,

comme du côté gauche, un ligament colique d'origine épiploïque (Fredet).

Plus tard, toute trace du diverticule disparaît sauf le ligament colique droit qui rattache à la paroi l'angle sous-hépatique du côlon.

Chez le nouveau-né, Leveuf a rencontré ce diverticule dans 38 p. 100 des cas. Chez quatre sujets, il était particulièrement développé, tapissant la première portion du côlon transverse, l'angle sous-hépatique et le côlon ascendant, empiétant même dans un cas sur la face antérieure du cæcum jusqu'au voisinage du fond de l'ampoule. A son intérieur, transparaisaient des vaisseaux fins et délicats, à direction oblique en bas et en dedans. Dans l'un de ces cas, la disposition du diverticule reproduisait exactement le type de péricolite membraneuse de Jackson.

Chez les autres nouveau-nés, le diverticule, moins accentué se terminait sur le côlon ascendant au voisinage de l'angle sous-hépatique dont il semblait réunir les deux branches.

Chez quatre sujets, il existait un ligament pariéto-colique bien développé, en regard de l'extrémité droite du diverticule. Il semble alors que le sac épiploïque se soit entièrement fusionné avec le péritoine du côlon, laissant en dehors le ligament pariéto-colique et en dedans le diverticule proprement dit. La dissection a permis à Leveuf de rétablir sans peine la continuité de ces deux ordres de formation.

Ce diverticule épiploïque droit peut persister intégralement, s'infiltrant de graisse comme l'épiploon qui semble alors s'insérer sur le péritoine pariétal en tapissant entièrement le côlon ascendant.

Ou bien il persiste à l'état de voile séreux donnant lieu aux divers types de péricolite membraneuse (le bord droit

du grand épiploon pouvant se continuer directement avec le voile péricolique).

On bien il persiste partiellement, laissant comme reliquat, soit une membrane de Jackson qui se trouve être ainsi un ligament pariéto-colique anormalement développé, soit une lame fixatrice du coude dont Buy niait l'existence chez le nouveau-né, mais que Leveuf a retrouvée chez plusieurs sujets, parfaitement développée.

Enfin, il peut être en connexion avec le ligament cystico-duodéno-épiploïque.

Dans 16 p. 100 des cas des adhérences congénitales fixent l'appendice soit à la face postérieure du cæcum, soit au péritoine avoisinant.

DISCUSSION DES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

Elle se résume tout entière en deux théories : la théorie inflammatoire et la théorie congénitale.

Il est probable qu'il existe deux péricolites : l'une inflammatoire et l'autre congénitale qui est la vraie péricolite membraneuse de Jackson.

a) La première ne doit pas être comprise dans cette étude, c'est une péritonite plastique secondaire aux inflammations abdominales : colites, typhlites, appendicites, annexites, affections duodénales ou vésiculaires, etc. Elle se présente sous l'aspect d'adhérences et non d'un voile membraneux.

On trouvera leur description détaillée dans l'ouvrage de Haller : adhérences avec le péritoine pariétal, bride pré-rénale de Walther, adhérences avec les organes abdominaux, brides péricoliques, anneaux péricoliques, adhérences de l'angle colique droit, péritonite plastique sous-hépa-

tique, accollement en cañon de fusil du côlon ascendant au côlon transverse, etc.

Elles affectent toutes les formes, toutes les variétés, et ne diffèrent pas des adhérences observées partout dans l'abdomen après les inflammations viscérales; elles sont donc irrégulières, opaques, avasculaires, d'aspect cicatriciel.

b) Au contraire, la péricolite membraneuse vraie du type Jackson est d'origine congénitale probable et la théorie de Leveuf qui la rattache au diverticule droit du grand épiploon, basée sur des recherches cadavériques nombreuses, paraît l'expliquer parfaitement.

Nous avons insisté sur son aspect spécial et elle ne peut être confondue avec la péricolite inflammatoire. La membrane de Jackson est transparente, d'aspect régulier, non cicatriciel; son bord interne est souvent très net, épais; elle est vasculaire et ses vaisseaux sont bien ordonnés.

c) Il faut cependant tenir compte de la coexistence de deux ordres de lésions, la péricolite membraneuse peut retentir fâcheusement sur le fonctionnement intestinal et par la stase intestinale chronique, favoriser le développement des colites, mais alors, on observera en même temps que le voile membraneux délicat type, des adhérences inflammatoires.

L'observation de M. le professeur Estor constitue un cas typique de péricolite membraneuse vraie de Jackson, ainsi que les deux cas de Mauclore et celui de Tinel. Nous ajoutons une observation de Duval qui est, au contraire, un type de péricolite inflammatoire.

CLINIQUE

1° SIGNES FONCTIONNELS. — Un grand nombre de sujets portent leur membrane de Jackson sans en ressentir le moindre trouble, et, chez eux, la péricolite peut être rencontrée par hasard au cours d'une opération non dirigée contre elle.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et cette affection peut donner des symptômes graves tels que : obstruction intestinale, fermeture de l'angle hépatique, douleurs et dilatation du cæcum.

En somme, il s'agit le plus souvent de symptômes d'obstruction intestinale chronique.

La plupart des malades sont des femmes jeunes qui souffrent dans le côté droit et présentent des troubles intestinaux.

Les douleurs constituent le signe le plus important; c'est sur elles que les malades attirent le plus souvent l'attention. Comme elles siègent dans la fosse iliaque droite, le diagnostic le plus souvent porté est celui d'appendicite chronique.

La douleur est légère au début; c'est plutôt une sensation de gêne, de pesanteur, de tension profonde; elle est rarement continue à cette période.

Le malade remarque quelquefois, et ceci est important, que ses douleurs sont en rapport avec la digestion et qu'el-

les apparaissent ou sont plus vives, cinq heures environ après le repas.

Le décubitus dorsal amène une sédation, tandis que la marche, les secousses, les promenades en voiture, amènent une recrudescence des douleurs.

Les phénomènes douloureux ne tardent pas à augmenter d'intensité et de fréquence. Ils peuvent devenir continus et même ne plus être calmés par le décubitus horizontal.

Leur siège est variable : ils peuvent s'observer depuis le rebord costal jusqu'à la fosse iliaque et même s'étendre au membre inférieur : névralgie crurale droite déjà signalée par Glénard.

Le maximum de sensibilité siège cependant au niveau du cæcum ou de l'angle sous-hépatique. L'anatomie nous dit pourquoi : c'est que la péricolite membraneuse siège de préférence en deux points : la partie initiale du côlon ascendant et l'angle sous-hépatique.

Plus rarement c'est l'ombilic, la région épigastrique qui sont le siège des douleurs.

Nous avons signalé la névralgie crurale ; cette irradiation n'est pas la seule puisqu'on observe parfois une douleur au niveau de la douzième côte, dans le territoire des nerfs abdomino-génitaux.

Les troubles intestinaux précèdent souvent les douleurs. Ces troubles sont essentiellement constitués par de la constipation. Ils ont été bien étudiés par Lardenmois, par P. Duval et J.-Ch. Roux et par Sorrel dans une importante thèse.

Dans les formes légères, il n'y a qu'une sensation de gêne, de pesanteur dans la fosse iliaque droite durant un quart d'heure environ, et se produisant surtout après un repas copieux.

La région caecale est le siège de borborygmes, désignés

sous le nom de « roucoulements iléo-cæcaux » ; il existe un certain degré de ballonnement cæcal.

Dans les cas accentués on peut observer deux types de constipation, soit la forme de Duval et Roux : constipation entrecoupée de crises de diarrhée, soit la rétention cæcale permanente.

a) « Si la muqueuse n'est pas fortement altérée, les selles évacuées ont une coloration jaunâtre, une odeur butyrique ; elles sont souvent aérées et fermentent rapidement dans le vase qui les contient par suite de leur richesse en amidon et en levures.

Au contraire, si la muqueuse présente des altérations profondes, il se produit à ce niveau une exsudation séreuse ou séro-albumineuse abondante qui se putréfie rapidement et donne aux fèces une odeur caractéristique, et, pour un même régime alimentaire, une coloration d'autant plus noirâtre que la putréfaction est plus avancée (Duval et Roux) ».

Leveuf note surtout la présence du mucus qui s'agglomère à la surface des fèces sous la forme de glaires.

La coloration jaunée du mucus par la bilirubine est caractéristique : il provient alors du cæcum ou de l'extrémité inférieure du grêle (Duval et Roux).

b) La rétention cæcale permanente se manifeste par de la pesanteur dans la fosse iliaque et dans le bassin, et par des tiraillements dans les reins. La palpation de la fosse iliaque au voisinage du point de Mac-Burney, provoque une tension pénible dans le cæcum.

« Lorsqu'on refoule vers le cæcum le contenu du côlon transverse et du côlon ascendant, on provoque une douleur dans la région pelvienne droite ; lorsqu'on refoule de bas en haut le contenu du cæcum prolabé vers le côlon, sans violence, en s'y prenant à plusieurs fois, la douleur dispa-

raît ». C'est là, pour Lardennois, un signe diagnostique de première importance.

De temps à autre apparaissent des *crises*, survenant soit sans cause apparente, soit après un repas copieux ou une course en voiture.

Leur siège est au voisinage du point de Mac-Burney, plus en dessous ou plus en dehors. Mais ce siège peut être mal défini; la paroi est ballonnée mais relativement souple, la pression exagère la douleur et provoque une légère contracture; au contraire la pression au-dessous du cæcum, en remontant de bas en haut, calme la douleur.

Le décubitus latéral droit est pénible tandis que le décubitus latéral gauche ou la position ventrale favorisent la déplétion cæcale; ce sont les positions que choisit le malade.

La palpation, dans les cas favorables, permet de constater la distension du cæcum que l'on reconnaît sous la forme d'une tumeur molle, fluctuante, au contact de la paroi abdominale, submate à la percussion; des gargouillements y sont perçus.

Pratiquement, il est assez facile de distinguer cette crise d'une crise appendiculaire, d'autant qu'elle est de courte durée, souvent terminée en quelques heures. Le pouls est peu accéléré; la température ne s'élève que de quelques dixièmes; la terminaison se fait par une émission de gaz ou par de la diarrhée.

En somme, l'affection suit une allure chronique, entrecoupée, à des intervalles très variables, de crises douloureuses peu intenses. Rarement on observe des nausées, parfois des vomissements, comme dans le cas de M. le professeur Estor.

Les troubles gastriques peuvent être plus accentués et faire penser à une gastrite chronique ou à un ulcus (Lejars,

Roux), mais ils ne sont pas améliorés par le jeûne, et, au contraire, sont nettement influencés par une purgation.

L'état général est peu atteint au début, mais la répétition des crises, la gêne, la pesanteur plus ou moins continues finissent, chez les jeunes femmes surtout, par réagir sur le système nerveux et par amener de l'amaigrissement et des modifications du caractère. Ces malades sont anémiées, irritables; leur attention est constamment attirée sur leurs troubles digestifs; elles deviennent hypocondriaques, neurasthéniques.

Lassitude continuelle, fatigue dès le matin au réveil, incapacité d'exercer le moindre effort, sont les symptômes qui ouvrent la scène. Puis apparaissent des signes d'intoxication: migraines souvent violentes, éblouissements, tendances à la syncope, défaillance, crises sudorales.

P. Duval et J.-Ch. Roux ont insisté longuement sur la gravité de la constipation cæcale qui altère l'état général par une intoxication chronique: l'amaigrissement devient considérable, le teint est terreux; on note parfois des élévations de température; la dépression nerveuse s'accroît ainsi que les troubles digestifs: anorexie, nausées, vomissements. Les digestions sont très pénibles, la langue est sale, l'haleine fétide.

Lane est l'auteur qui a le plus étudié le retentissement de la stase chronique sur l'état général; il a décrit ces malades aux extrémités froides, à la peau sèche et rugueuse, aux plis de flexion colorés.

Il rattache même aux troubles intestinaux toute une série de lésions éloignées, telles que des modifications du côté des seins: mastite chronique, par exemple. La tuberculose trouve un terrain favorable à son développement chez de tels sujets.

2° SIGNES PHYSIQUES. — L'étude des signes fonctionnels nous a montré combien le tableau clinique manque de netteté. De même, l'examen direct du malade, les signes vagues qu'il présente, le font, en général, considérer comme un appendiculaire.

Nous avons indiqué que la palpation et la percussion montrent le cæcum dilaté et clapotant. La contracture réflexe des muscles droits est rare et cet examen facile, en général.

Le cæcum peut devenir très volumineux; placé directement sous la paroi, il donne une sensation de fluctuation et de clapotage cæcal bien décrits par Lœper.

Sa mobilité peut être mise en évidence dans certains cas, mais ce signe est d'une utilité relative, car si P. Duval et J.-Ch. Roux pensent que dans la péricolite le cæcum est le plus souvent fixé, Pierre Delbet et Cunéo prétendent que la péricolite se retrouve aussi bien avec le cæcum mobile.

Les points douloureux sont révélés par la palpation au niveau du cæcum et de l'angle colique droit. Pour les auteurs américains cependant, l'indolence du cæcum est un signe de péricolite. Nous avons vu que Lardennois fait état de la douleur à la pression de haut en bas sur le cæcum et du soulagement de cette douleur par la pression de bas en haut. Ce signe existe nettement dans certaines observations et les malades savent utiliser la manœuvre qui les soulage.

La douleur de l'angle colique droit doit être recherchée par la palpation profonde sous le rebord costal, en dehors du point cystique.

La percussion révèle la distension cæcale par la sonorité tympanique de la fosse iliaque, et, lorsqu'il existe du li-

guide en abondance, par la submatité hydro aérique, par le clapotage caecal de Læper.

L'examen sera complété par l'étude attentive de la totalité du gros intestin, par la recherche des signes de ptose viscérale, surtout de ptose rénale.

Pierre Delbet a signalé, chez certaines femmes, la coïncidence d'une hypoplasie du système génital avec une malformation congénitale du côlon.

3° EXAMEN RADIOLOGIQUE. — On peut utiliser soit la radioscopie qui permet d'observer directement le cæcum et le côlon ascendant et de noter leur mobilité, soit la radiographie après ingestion d'une bouillie opaque ou après lavement bismuthé.

L'examen radiologique montre le remplissage du cæcum et la durée de la traversée digestive.

Normalement le repas opaque arrive dans le cæcum de quatre à six heures après l'ingestion; en sept heures, il atteint le côlon ascendant jusqu'à l'angle sous-hépatique; en dix heures le côlon transverse est opaque et au bout de douze heures on peut obtenir l'image totale du gros intestin.

Pendant environ vingt-quatre heures on voit persister de la bouillie opaque dans le cæcum; ce n'est qu'après qu'on peut parler de stagnation pathologique.

Dans la station debout on peut noter la ptose cæcale et l'élargissement de l'ombre cæcale. On peut, sous l'écran, par une palpation méthodique, vérifier la mobilité du cæcum et noter si l'angle sous-hépatique est fixé ou si l'on peut, par la pression, dissocier un accolement en canon de fusil du côlon ascendant et du côlon transverse.

Les mêmes observations seront répétées dans le décubitus dorsal, en tenant compte que, dans cette position, le cæcum s'élève dans la fosse iliaque.

Dans le décubitus latéral, le cæcum ne se déplace pas de plus d'un centimètre vers la ligne médiane. Ce mode d'examen permet donc d'apprécier une mobilité anormale de l'organe.

On voit que l'examen radioscopique apporte toute une série de données intéressantes, et, plus particulièrement dans la péricolite membraneuse, il renseigne sur le mode de remplissage du côlon droit, la lenteur de son évacuation, la distension, la ptose, la mobilité du cæcum, l'état de l'angle hépatique.

La symptomatologie de la péricolite membraneuse est, en somme, une symptomatologie d'emprunt ; les signes cliniques sont ceux de la stase intestinale chronique créée par un obstacle au cours des matières, ou par l'inflammation intestinale, par la typhlo-colite. Le syndrome clinique est rendu complexe par l'association fréquente d'autres lésions : ptose colique, cæcum mobile, appendicite, etc.

G. Bolognesi (*Arch. app. digestif*, t. X, n° 10), a donné un tableau clinique qu'il considère comme assez typique de la péricolite membraneuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la péricolite membraneuse ne peut être fait que si cette lésion cause des accidents. Il est très difficile de rapporter ces accidents à leur vraie cause et le plus souvent on n'arrivera, par un diagnostic d'élimination, qu'à situer au niveau du côlon droit, les troubles ressentis par le malade, ce qui est déjà une étape intéressante du diagnostic.

C'est la douleur qui constitue le principal symptôme. Au début, c'est le seul signe qui attire l'attention des malades ; or, son siège est très variable, il faut donc faire un interrogatoire serré et un examen approfondi du malade si l'on veut éviter de commettre une des erreurs si fréquentes dans ce cas. Souvent, en effet, on a opéré des malades pour un *calcul rénal* ; on a pensé à des *adhérences pleurales*, à des névralgies intercostales, à des *lésions annexielles* ou *péri-utérines*, on a même pratiqué dans quelques cas la résection du coccyx.

Passons rapidement sur ces erreurs pour insister sur la plus fréquente, sur la plus facile à commettre : l'*appendicite*.

Elle est d'autant plus excusable que bien souvent les deux lésions coexistent.

Il faut, pour éliminer l'appendicite chronique, rechercher la constipation chronique qui sera retrouvée dans

presque tous les cas de péricolite, noter les signes d'intoxication chronique: céphalées, migraines, troubles gastro-intestinaux, anorexie, amaigrissement, fétidité de l'haleine, refroidissement des extrémités.

La recherche des points douloureux donne des renseignements très variables.

Jackson pense que dans l'appendicite, la douleur est souvent épigastrique et qu'il n'en est jamais ainsi dans la péricolite. Tandis qu'Isaacs note comme un symptôme fréquent de cette affection la douleur ombilicale.

La douleur siège souvent autour du point de Mac-Burney et la confusion est alors fatale parce que l'appendicite est l'affection la plus commune dans cette région.

Si le point maximum de la douleur est plus élevé, s'il siège sous le foie et surtout s'il s'accompagne de douleurs diffuses le long du côlon ascendant, les Américains posent le diagnostic de péricolite. Lenormant a pu vérifier opératoirement que cette assertion est souvent fausse.

La crise aiguë appendiculaire est facilement reconnue; nous avons insisté dans notre étude clinique sur la bénignité et sur la rapidité d'évolution des crises douloureuses de la péricolite.

Mais le diagnostic est plus encore compliqué par l'existence des si nombreuses affections de la région cæco-colique. La *coudure iléale de Lane* fait, elle aussi, de la stase mais sans grands symptômes cliniques, elle ne peut être reconnue que par l'examen radiologique et par les troubles précoces de l'état général.

Les *néoplasmes coliques* paraissent faciles à séparer de la péricolite; cependant Delore et Alamartine, croyant opérer un cancer, trouvèrent une simple péricolite. Mais le cancer frappe des sujets plus âgés; l'obstruction est plus nette en général, l'état général plus touché.

« Le *cæcum mobile* est caractérisé par des crises douloureuses de distension cæcale, provoquées souvent par un simple changement de position ou par des fermentations excessives dans le cæcum; la palpation, suivant les règles de Haussmann, montre la mobilité même du cæco-côlon dans le décubitus latéral gauche.

La *péricolite membraneuse*, au contraire, présente un cæcum immobile, moins distendu. La douleur est continue, diffuse sur le côlon droit, son point maximum est, non pas à l'appendice, mais à l'angle hépatique, et de petites crises de sub-obstruction colique témoignent souvent, ou de la stricture de l'angle hépatique ou du côlon « double barrellé ».

La *typhlectasie atonique* est certes moins nette au point de vue clinique, mais bien plus nette au point de vue radiographique.

La *cæco-typhlite chronique* enfin, présente tous les caractères, exagérés, de la diarrhée cæcale avec putréfaction: des poussées de fièvre légère et un état général rapidement inquiétant (P. Duval et J.-Ch. Roux) ».

Mais pour Delbet et Cunéo, nous l'avons dit, le voile péricolique peut exister avec un cæcum mobile.

L'examen radiologique ne doit pas être négligé; par l'examen clinique seul on ne peut, parfois, que soupçonner la péricolite.

Un retard dans la progression de la bouillie opaque, un arrêt d'un peu de bismuth à la fin de l'iléon, indiquent la présence de la bride de Lane. L'accumulation de la substance opaque dans le cæcum indique un obstacle au cours des matières, sa distension considérable, une typhlatonie ou une typhlectasie.

La péricolite est révélée par une stase cæco-colique, par une angulation de la coudure sous-hépatique, par de la

douleur à la palpation du côlon droit sous l'écran. Parfois le cæcum est prolabé et distendu; il peut contenir du bismuth à l'état fragmenté, tomenteux (Aubourg).

Le diagnostic de la péricolite étant difficile, il faut penser à son existence et au cours des interventions, surtout dans l'appendicectomie, pratiquer une incision suffisante pour explorer le côlon droit et son angle sous-hépatique en même temps que le cæcum. Méconnaître la péricolite c'est exposer le malade à souffrir après une opération incomplète.

PRONOSTIC.

La péricolite peut exister sans causer aucun trouble ; elle donne souvent des troubles digestifs et douloureux ; elle peut créer des symptômes graves.

EVOLUTION. — Lorsque la membrane de Jackson entraîne une certaine stase cæco-colique, premier degré des manifestations pathologiques, on voit peu à peu les troubles s'accroître et la maladie s'aggraver. La constipation cæcale, pour Duval et Roux est sérieuse, car elle amène une intoxication chronique grave, l'état général est atteint et, aux phénomènes de dénutrition, s'ajoutent des manifestations de dépression nerveuse.

Mais l'atteinte de l'état général, la neurasthénie, l'amaigrissement, ne sont pas les seuls troubles causés par la péricolite et on observe un certain nombre de complications.

COMPLICATIONS. — L'appendicite est la plus fréquente ; sa pathogénie se comprend facilement, elle est due à la stase intestinale et à l'infection qui se développe fatalement dans le cæco-côlon.

Cette infection cæco-colique, cette *colite chronique* est fréquente aussi dans la péricolite membraneuse. En étudiant la pathogénie nous avons dit qu'elle créait une asso-

ciation entre la membrane de Jackson et la péricolite inflammatoire.

Quénu et Duval, et récemment Proust, ont montré qu'elle s'accompagnait de la formation d'*ulcères* qui pouvaient perforer les tuniques intestinales.

L'*occlusion intestinale* peut également succéder à la sub-occlusion, mais elle relève plutôt de la péricolite inflammatoire que de la péricolite membraneuse vraie.

TRAITEMENT

Si la membrane de Jackson existe chez de nombreux sujets sans causer de troubles, il n'en est pas toujours ainsi et on peut être amené dans certaines conditions, à intervenir contre la péricolite membraneuse.

D'abord l'erreur de diagnostic avec l'appendicite chronique conduit à l'intervention.

C'est ensuite l'association fréquente d'appendicite et de péricolite.

Ce sont aussi des troubles digestifs persistants, crises douloureuses avec constipation, dilatation cæcale, ptose, stase intestinale chronique, surtout l'altération de l'état général par intoxication chronique avec amaigrissement, troubles nerveux.

Ce sont enfin les complications.

Une notion importante découle de la connaissance de la péricolite: c'est qu'il faut explorer le cæcum et le côlon au cours des interventions portant sur la région appendiculaire et ne plus se contenter des petites incisions esthétiques préconisées autrefois. Déjà Walther avait insisté sur ce point en montrant la fréquence de l'épiploïte chronique au cours de l'appendicite.

« Cette exploration des segments juxta-cæcaux demande à être faite suivant une technique aujourd'hui bien réglée, grâce à Arbuthust Lane, Ch. Mayo, Walther, etc. Pour

découvrir nettement les adhérences et les bandes péricoliques, il faut savoir tendre et attirer au dehors doucement, progressivement, la fin de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant. C'est seulement une fois cet examen minutieusement fait qu'on pourra décider l'intervention à pratiquer. (Delore et Alamartine) ».

Plusieurs opérations ont été préconisées :

1° *Libération des adhérences.* — La première idée qui vient à l'esprit, dans le cas de péricolite, c'est de sectionner, de disséquer la membrane et de la réséquer en totalité.

Cette intervention, en apparence logique, a donné des mécomptes. Cependant, elle a été largement utilisée : elle consiste à libérer les adhérences en les coupant sur le bord extrême du côlon ascendant, puis à péritoniser avec grand soin, après hémostase minutieuse.

Mais les récidives sont fréquentes et si Jackson obtient 75 p. 100 de guérisons immédiates et durables, la plupart des auteurs sont loin d'être satisfaits par cette opération (Crossen, Isaacs, Pauchet, Mauclair). Pour éviter que les adhérences sectionnées se reforment, Ch. Mayo a proposé d'enduire largement de vaseline stérilisée les surfaces cruentées.

Flint sectionne seulement la membrane le long du bord extrême du côlon en respectant la face antérieure où se produisent le plus volontiers les adhérences.

Lockart-Mummery péritonise la surface cruentée avec soin et il prélève au besoin un lambeau péritonéal dans le voisinage pour compléter cette péritonisation.

Pauchet fixe le cæcum et le côlon en avant à la paroi abdominale, il combine donc avec avantage la péritonisation et la fixation.

Connell ne détache pas la membrane ; il l'incise, la tord

sur elle-même et la fixe au péritoine pariétal antérieur où elle joue le rôle de ligament suspenseur, maintenant le côlon aussi élevé que possible.

Martin opère en position de Trendelenburg; il refoule en haut toute la masse intestinale, y compris le cæcum, puis, une fois la libération achevée, il abaisse le grand épiploon, le plus bas possible dans le bassin pour servir de coussinet à la masse intestinale. L'opération terminée, il fait un pansement sus-pulvien compressif et maintient le sujet la tête basse jusqu'à guérison complète. Il lui fait porter ensuite, dès le lever, une sangle hypogastrique qui relève toute la masse abdominale.

Actuellement, la méthode de choix pour les Américains et pour Pierre Duval, c'est la greffe épiploïque. On a tout d'abord utilisé le bord libre de l'organe ou des lambeaux pédiculés, mais on préfère aujourd'hui recourir à la greffe libre qui ne donne pas d'adhérences secondaires.

2^o Des opérations plus complexes ont été proposées, ce sont les méthodes de dérivation et de dissection.

Ces interventions paraissent devoir être réservées plutôt à la péricolite inflammatoire ou à la péricolite membraneuse ancienne compliquée de sténoses, d'altérations pariétales du côlon, d'adhérences serrées en canon de fusil de l'angle hépatique.

L'opération de Maisonneuve ou anastomose simple latéro-latérale de l'iléon avec le côlon transverse est actuellement abandonnée car elle n'est pas empruntée par les matières qui suivent leurs parcours physiologiques.

L'opération d'Hofmeister ou typhlo-transversostomie, paraissait une bonne opération; mais les examens radiologiques ont montré qu'elle s'accompagne d'une stase cæcale; or, le but de l'intervention est justement d'éviter cette accumulation des matières dans le cæcum.

L'anastomose cæco-colique ascendante ne supprime ordinairement pas les accidents de sténose sous-hépatique, elle a cependant donné de bons résultats à Delore et Almartine.

L'iléo-transversostomie s'accompagne du reflux des matières dans le segment cæco-colique exclu, ce qui s'explique par l'existence de mouvements antipéristaltiques normaux du gros intestin.

L'iléo-sigmoïdostomie présente les mêmes inconvénients; aussi pour éviter ce reflux, ou pour parer à la stase cæco-colique droite a-t-on proposé la cæco-sigmoïdostomie en Y (Lardennois et Okynczic).

Des interventions complémentaires ont été dirigées, après la libération des adhérences, contre les ptoses et déformations coliques; nous n'insisterons pas sur la discussion qui persiste encore entre les partisans des divers procédés de fixation cæco-colique, ni sur les divers modes de plicature colique.

L'étude des diverses techniques que nous venons de passer en revue, a déterminé les chirurgiens à tenter une opération plus radicale: *la résection*.

On a commencé par pratiquer des *colectomies partielles*. La colectomie partielle n'est pas une opération grave et ses résultats sont bons. Elle est très supérieure aux anastomoses dont nous avons passé en revue les inconvénients.

En présence de la gravité de la stase colique droite qui entraîne une intoxication rapide, la colectomie est légitimée. Elle est parfois suivie d'une diarrhée passagère.

D'autre part, dans les cas de colite chronique, elle réalise l'exérèse du segment malade, elle est donc supérieure aux exclusions.

Toutefois, il vaut évidemment mieux commencer par les

opérations simples, libération des adhérences et fixations coliques avec ou sans columnisation et réserver la colectomie en cas d'échec de ces interventions ou dans les cas graves avec signes d'intoxication ou altération pariétale du côlon.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance du D^r Aimes, chef de clinique)

R. B..., âgé de 10 ans, de Pignan (Hérault), entre dans le service de M. le professeur Estor, le 25 octobre 1919, avec le diagnostic d'appendicite.

On ne trouve rien à signaler dans les antécédents personnels du petit malade, ni dans ses antécédents héréditaires.

Le début de la maladie actuelle remonte à un mois, elle a débuté par une crise douloureuse abdominale qui présentait les caractères d'une crise d'appendicite aiguë peu intense : douleurs dans la fosse iliaque droite avec vomissements et constipation.

A l'entrée, l'enfant se présente avec un bon état général, il est absolument apyrétique et ne se plaint pas de son abdomen.

Celui-ci paraît normal à l'inspection ; à la palpation, il est partout également souple. Dans la fosse iliaque, la palpation réveille des douleurs mal limitées et peu intenses, siégeant approximativement au niveau du point de MacBurney. Mais il n'y a pas de défense de la paroi et on ne peut sentir dans la profondeur les traces d'une inflamma-

tion récente, pas de gâteaux de plastron appendiculaire. On ne remarque pas de distension notable du cæcum; le signe de Rôvsing est légèrement positif.

Le 28 octobre 1919, opération sous anesthésie générale à l'éther à l'appareil d'Ombrédanne.

Incision de Jalaguier de 5 centimètres de longueur, au cours de l'opération on doit agrandir cette incision de haut en bas, car on n'aperçoit ni cæcum, ni appendice.

Le champ opératoire est envahi par les anses grêles; quand on les refoule on ne trouve pas le cæcum à sa place normale, mais une membrane d'aspect séreux mince, mais résistante, ne ressemblant en rien à une membrane inflammatoire.

Cette membrane est incisée au niveau de sa partie moyenne et derrière elle on aperçoit l'appendice qui est saisi et attiré au dehors. Cet organe est coudé, il est un peu congestionné et paraît enflammé chroniquement, mais il n'existe pas autour de lui d'adhérences inflammatoires.

A ce moment, on découvre le cæcum qui se trouvait rétracté derrière la membrane et fixé en position élevée. Le cæcum paraît normal, il n'est pas dilaté, sa coloration est normale, on ne trouve ni sur le cæcum, ni sur le côlon ascendant des traces de sténose.

L'appendice est facilement enlevé, la membrane tendue en avant du côlon droit est facilement décollée et réséquée, on fait ensuite une péritonisation soignée après hémostase minutieuse.

Les suites post-opératoires sont simples, la réunion se fait par première intention.

Le petit malade sort de l'hôpital au quinzième jour parfaitement guéri et n'a présenté depuis aucun trouble.

OBSERVATION II

(Maclaire)

Femme de 39 ans. Elle souffre depuis deux mois de douleurs abdominales. Elle a maigri de 17 kilos en 45 jours. Elle présente depuis cette époque des alternatives de constipation et de diarrhée, des vomissements alimentaires et biliaires; elle n'a jamais vomi de sang. A la palpation, le ventre est ballonné, tendu, douloureux à gauche. Les médecins avaient posé le diagnostic de rétrécissement de l'S iliaque par néoplasme. L'examen radioscopique et l'épreuve radiographique, après lavements bismuthés, ont donné chez elle des renseignements très intéressants; ils ont montré d'une façon très nette, à l'union de l'S iliaque avec le côlon descendant, un point rétréci, et comme la malade était très cachectique, on a conclu au rétrécissement néoplasique.

J'ai opéré cette femme et, à mon grand étonnement, j'ai trouvé devant la face antérieure de l'S iliaque un voile membraneux, strié de vaisseaux qui plaquaient l'S iliaque. J'ai réséqué ce placard péritonéal, ce qui déterminait un saignement assez abondant, car il était très vasculaire. La malade fut améliorée.

Un mois après, on fit une radioscopie; après lavement bismuthé; on put constater que le liquide ne passait pas encore franchement au niveau de l'angle colique gauche. Peut-être y avait-il déjà une récurrence de ces membranes.

OBSERVATION III

(Mauclaire)

Jeune fille de 18 ans. Depuis six mois, elle est constipée. Un beau jour, étant à la campagne, elle eut une poussée typique d'appendicite. Six semaines après l'attaque, j'opérai la malade à froid. J'ai trouvé, à côté d'un appendice un peu rouge, légèrement induré, un placard très vascularisé de péricolite membraneuse. En voulant réséquer l'appendice, il me fut facile de reconnaître que ce placard péritonéal partait de la base de l'appendice. Je l'ai donc réséqué, ainsi que le voile membraneux péricæcal.

La malade a eu un peu de fièvre, due à ce qu'elle a probablement fait un petit hématome profond, ou une lésion pulmonaire, car elle cracha un peu de sang.

J'ai revu trois mois après cette malade. Elle ne souffrait plus.

OBSERVATION IV

(Tinel)

Mlle X..., 27 ans. Toux et crachement de sang à l'âge de 17 à 18 ans.

A 25 ans, pendant qu'elle était à Lyon, elle est prise subitement d'une forte diarrhée et de vomissements. Du reste, étant jeune fille, elle dit avoir ressenti, à plusieurs reprises, des douleurs et des points dans le ventre. Elle n'a jamais gardé le lit pour ces douleurs.

Trois semaines après ce premier accès à Lyon, elle est reprise de douleurs avec ballonnement du ventre, vomissements, et doit garder le lit.

A l'âge de 26 ans, elle a, pendant le courant de l'année 1900, quelques faibles accès, mais n'est pas obligée de garder le lit, sauf en septembre un jour.

En février 1901, nouvel accès à Berne, puis plus rien jusqu'en octobre 1902, où elle est reprise d'un violent accès avec vomissements et diarrhée.

Tous ces incidents n'ont guère attiré son attention et ce n'est que quand on la questionna exactement qu'elle fournit ces indications.

Elle souffre beaucoup plus dans le dos que dans le ventre, et c'est ce point surtout qui la tourmente et dont elle parle; elle peut à peine se baisser, marche quelquefois toute courbée, et depuis deux ans environ, est soignée pour une spondylite qui ne s'améliore, ni par le décubitus dorsal, ni par les autres traitements employés.

Un examen exact du dos montre qu'il ne peut être question de spondylite déclarée; néanmoins, il existe une certaine sensibilité à la pression et au mouvement, mais sans localisation déterminée. Dans le décubitus dorsal, les jambes sont élevées facilement et sans provoquer de douleurs dans le dos. L'examen du ventre montre qu'il n'y a pas d'abcès par congestion, mais une forte sensibilité dans la région du côlon ascendant, où l'on sent une tumeur en boudin, peu mobile et très sensible à la pression.

Rien de suspect aux poumons. Cœur normal.

Diagnostic: péricolite post-appendiculaire.

Opération: incision étoilée de Roux; le cæcum est assez mobile, mais le côlon ascendant est fixé par sa partie latérale externe à la paroi abdominale, au moyen d'adhérences en nappe qui paraissent l'empêcher de se dilater; c'est apparemment pour cela que le cæcum ne se vide pas et produit la tumeur sentie à la palpation. L'appendice n'est pas adhérent et paraît normal; il est excisé. La muqueuse de

sa base est d'aspect normal; à sa partie moyenne, la muqueuse est injectée et la lumière de l'appendice renferme un peu de matières fécales; le bout de l'appendice est oblitéré.

Dès après l'opération, les douleurs disparaissent complètement pour ne pas revenir.

OBSERVATION V

(Duval

Ce cas concerne une dame d'une quarantaine d'années qui, dix ou douze ans auparavant, avait subi une hystérectomie vaginale compliquée de péritonite grave. Elle présentait les troubles intestinaux suivants: crises de diarrhée muqueuse rebelles à tout traitement, douleur constante dans la partie droite de l'abdomen, avec maximum à l'angle hépatique, en dehors et en dessous du point vésiculaire, dilatation considérable du cæcum au moment des crises, mais qui persistait constamment moyenne. Dans ce cas, il se constituait presque à certains moments de petites crises d'occlusion incomplète qui se terminaient par la diarrhée mentionnée.

Laparotomie droite en juin 1907; adhérences vélamenteuses péricoliques prononcées surtout au niveau de l'angle hépatique; cæcum libre et dilaté, résection des adhérences. Guérison complète maintenue jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire depuis près de trois ans.

CONCLUSIONS

I. — La péricolite membraneuse de Jackson n'est pas une affection exceptionnelle; elle doit être séparée des péricolites inflammatoires qui ne sont que des adhérences banales englobant le cæcum et le côlon droit.

II. — La membrane de Jackson est un voile séreux, régulier, mince, à vaisseaux parallèles, n'ayant pas l'aspect d'une adhérence cicatricielle.

On en peut distinguer plusieurs types, suivant sa situation par rapport au côlon et au cæcum et suivant son étendue. Le type le plus intéressant est constitué par le voile recouvrant l'ensemble du côlon droit (angle sous-hépatique). La membrane de Jackson est parfois en connexion avec le bord droit du grand épiploon.

III. — La péricolite membraneuse existe chez de nombreux sujets sans créer de troubles; mais elle peut aussi se révéler par un ensemble de signes cliniques dus à la stase intestinale; à la sub-occlusion ou à la typhlocolite.

L'examen radiologique renseigne sur les troubles apportés à la circulation des matières dans le cæcum, sur la dilatation et la motilité de cet organe, sur l'état de l'angle sous-hépatique.

IV. — La pathogénie a été très discutée; les uns reconnaissant à la membrane de Jackson une origine inflammatoire, les autres en faisant une formation embryonnaire.

Pour Leveuf, qui base ses idées sur constatations nécropsiques, le voile membraneux est le reliquat du diverticule épiploïque droit de l'embryon.

D'ailleurs, l'inflammation chronique due à la stase et à la typhlocolite peut retentir sur la membrane et lui donner un aspect cicatriciel.

V. — Le diagnostic est difficile car la symptomatologie est peu précise; c'est en effet une symptomatologie d'emprunt par infection colique et troubles de la circulation des fèces. De plus d'autres lésions se surajoutent souvent à la péricolite: appendicite, ptose cæco-colique, cæcum mobile, etc.

VI. — En présence de troubles coliques droits tenaces, il faut, par une longue incision, explorer méthodiquement le gros intestin et, suivant les lésions, soit se contenter d'une résection de la membrane de Jackson suivie de greffe épiploïque libre et d'une fixation cæco-colique, soit, mais très rarement, recourir aux anastomoses, soit enfin, si on observe des lésions pariétales coliques, ou si l'état général est défectueux, ou encore, en cas d'échec des méthodes simples, pratiquer la colectomie droite.

Le pronostic de la péricolite membraneuse, tout en étant sérieux, est cependant, dans la plupart des cas, favorable quand le diagnostic exact est posé, puisque une intervention chirurgicale appropriée peut mettre bon ordre aux troubles fonctionnels: « *Sublata causa, tollitur effectus* ».

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES et ANTONIN. — La péricolite membraneuse. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 16 janvier 1920.
- AIMES. — La chirurgie du grand épiploon. Maloine, édit., 1920.
- Les états coliques droits. *J. des médecins*, 20 août 1920.
- ALLARD. — Des rétrécissements de nature bénigne situés sur l'angle gauche du côlon. *Med. Klin*, 23 avril 1911.
- BITTORF. — Sur la péricolite. *Mitt. a. S. Grenz. d. Med. u. Chir.*, 1909, p. 150.
- BOLOGNESI. — Contribution à la pathogénie de la péricolite membraneuse. *Arch. app. digestif*, t. X, n° 10, p. 27.
- BRETAGNE. — *Thèse de Nancy*, 1913.
- BRICON. — De l'épiploon cystico-colique. *Progrès médical*, 1888, p. 27.
- BROWN. — Lane operation. The indication and, etc. *Tr. South. Surg. and gyn. Assoc. Washington*, 1912, p. 137.
- CARWARDIN. — Pericolitis. *Brit. med. jour.*, 18 jany. 1913.
- CASTEX et DELFOR DEL VALLE. — *La Prensa medica Argentina*, 10 juin, 30 juillet 1919.
- CATZ. — Trait. chir. des colites. *La Clinique*, 1911.

- CHAPPLE. — *Brit. med. journ.*, 22 avril 1911.
- CHEADLE. — *The Lancet*, 1886.
- CHEINISSE. — Les appendicites fantômes et les fausses appendicites. *Semaine médic.*, 1910.
- CIGNOZZI. — Syndrome appendiculaire et cæcum mobile. *Clinica chirurgica*, 30 avril 1911.
- CLARK. — Considér. chir. sur les lésions congénitales et acquises conduisant à la constipation invétérée. *The journ. of the amer. med. assoc.*, 6 août 1910.
- Summary of results in gastro-intest. stasis. *Clin. Congress. of surg. of North Amer.*, nov. 1912.
- CONNELL. — Ileo-cæcal adhesions (Lane's kink and Jackson's membrane). *Surg. gyn. and obst.*, nov. 1911.
- COFFEY. — *Surg. gyn. and obst.*, oct. 1912.
- COTTE. — *Lyon chirurgica*, juin 1912.
- CROSSEN. — Membraneous pericolicitis. *Surg. gyn. and obst.*, juill. 1911.
- CUNÉO. — Sur la typhlo-sigmoïdostomie. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 17 juin 1913.
- DELANGRE. — *Soc. de chir.*, juill. 1906.
- DELORE et ALAMARTINE. — A propos de deux cas de sténose sus-cæcale avec péricolite membraneuse. *Rev. de chir.*, mai 1912.
- DUVAL (Pierre). — A propos de la péricolite membraneuse. *Arch. mal. app. dig. et nutr.*, mai 1910.
- Clin. du gros intestin. Congrès de chir., 1913.
- EASTMANN. — Les replis péritonéaux fœtaux et leurs rapports avec les occlusions chroniques et aiguës de l'intestin grêle et du gros intestin. *Journ. Am. med. Assoc.*, 30 août 1913.
- ENRIQUEZ. — Les séquelles de l'appendicectomie. *Acad. de Méd.*, 16 mars 1920, et *Journ. de Méd. et de Clin. prat.*, 1920, cahier 11.

- ESTOR et ETIENNE. — Les colites; leur trait. chirurg. Gittler, édit., 1913.
- FLINT. — Embryonic bands and membranes about the cæcum. *John Hopkins hospital Bull.*, oct. 1912.
- FLODERUS. — Trait. chir. des affect. bénignes chron. du côlon, en particul. p. iléo-sigm. *Nord. Mediz. Arch.* 1911, n° 13.
- GOLDTHWAIT. — Orthopedic principles in the treat. of enteropt. and chronic intest. stasis. *Clin. Cong. of surg. of North-Amér.*, nov. 1912.
- GRISARD. — *Thèse de Lyon*, 1912. —
- GUILLOT. — De l'iléo-sigm. simple dans le trait. de la stase intest. *Soc. de chir.*, 3 déc. 1913.
- HALE WHITE. — The treatment of colitis. *The Lancet*, 1^{er} avril 1911.
- HALLER. — *Thèse de Paris*, 1912.
- HERTZ. — Constipation et les troubles intest. qui s'y rattachent. Masson, édit.
- HOFMEISTER. — *Beit. z. Klin. Chir.*, 1911, 3.
- HUNTINGTON. — Anatomie du péritoine et de l'abdomen. *The Journ. of Am. med. Assoc.*, 6 août 1910.
- ISAACS. — Membraneous perienteritis. *New-York Medic. Journ.*, 26 oct. 1912.
- JACKSON. — Membraneous pericolicitis. *Surg. gyn. and obst.*, sept. 1909.
- Adhérences intestinales et ptosé. *Boston med. and surg. Journ.*, 12 sept. 1912.
- JORDAN. — Radiographic demonstration of Lane's ileal kink. *Practitioner*, avril 1911.
- Radiogr. in intest. stasis. *Proc. royal Soc. méd.*, London, 1911-1912.
- KEMP. — Adhérences et coudures intest. résultant de l'entéroptose. *New-York med. Journ.*, 5 juill. 1913.

- KIVLIN. — Lane's kink of the ileon with report of six cases. *New-York med. journ.*, 1912, p. 955.
- LANE. — On chronic obstruction of the cæcum and ascending colon. *Lancet*, 1903, p. 153.
- *Clinic. Journal*, 1902-03-04-05.
- *Med. Press. and Circ.*, 1904, 1905, 1906 1909.
- *British Med. Journ.*, 1908, p. 1408 et 4 mai 1912.
- *Practitioner*, 1910, p. 684.
- The kink of the ileum in chronic intest. stasis. *Nis-het and Co*, 1910.
- *British med. Journ.*, 22 avril 1911.
- *Lancet*, 2 déc. 1911.
- LARDENNOIS et OKYNCZIC. — *Journ. de chir.*, mai 1913.
- LENORMANT. — *Presse médicale*, 8 mars 1913.
- et OBERLIN. — *Revue de Pozzi*, août 1913.
- LEJARS. — La coudure iléale de Lane et la péricolite membraneuse de Jackson, *Semaine méd.*, 6 déc. 1911.
- LEQUEU. — *Thèse de Lyon*, 1912.
- LEVEUF. — Le diverticule épiploïque droit chez le nouveau-né; ses reliquats chez l'adulte (ligament et voile péricolique). *Revue de chir.*, 10 janv. 1914.
- *Thèse de Nancy*, 1915.
- LOCKHARDT-MUMMERY. — *Brit. med. journ.*, 1^{er} oct. 1910.
- MARTIN. — The significance of the Lane's kink of the ileum. *Surg. gyn. and obst.*, avril 1911.
- MAUCLAIRE. — Péricolite membraneuse; anastomose iléo-transverse. *Progrès médical*, mars 1913.
- *Revue intern. de méd. et de chir.*, 25 janv. 1913.
- MAYO. — Obst. intest. par coudure et adhérence de la portion terminale de l'iléon. *Surg. gyn. and obst.*, mars 1911.
- PATEL. — Chirurgie du gros intestin. Congrès de chir., 1913.

- PAUCHET. — Trait. de la stase int. chron. 33 anastomoses, 3 résect. du gros intestin. Soc. de chir., 16 juillet 1913.
- POTIERAT. — Péricolite sténosante adhésive. Soc. de chir., 20 juin 1906.
- QUÉNU. — Du rôle de l'angle colique gauche dans les occl. intest.; importance prédominante des petites brides péricoliques. Soc. de chir., 18 juin 1902.
- et DUVAL. — L'ulcère simple du gros intestin. *Revue de chir.*, 1902, t. II, p. 831.
- RIESMAN. — Surg. pathol. of chronic constipation. *The Practologist*, juin 1911.
- ROBINSON. — Les dimensions du cæcum et la typhlectasie. Acad. des sc., 7 mars 1910.
- ROCKEY. — *Ann. of surg.*, mai 1911.
- ROUX (J.-Ch.). — *Arch. mal. app. dig. et nutr.*, mai 1910.
- *Pathol. gastro-intest.*, 3^e série, 1911.
- RUNYAN. — *Trans. amer. Assoc. obst. and gyn.*, 1918.
- RUSS. — The cæcum form a surg. standpoint. *Surg. gyn. and obst.*, oct. 1912.
- STIERLIN. — Beit. z. Röntgen. Untersuchung. der Colonperistaltik. *Zeit. f. Klin. Med.*, 1910.
- SERVENT. — *Thèse de Lyon*, 1908.
- SUMMERS. — Problèmes chirurg. de la stase intest. considérés au point de vue anatom. *Journ. amer. med. Assoc.*, 30 août 1913 (discussion).
- TAVEL. — *Revue méd. Suisse romande*, 1904, n^o 2.
- II^e Congrès franç. de chir., 1903.
- TUFFIER. — Soc. de chir., 6 nov. 1907 et 16 juill. 1913.
- WALLIS. — Chirurgie des colites. *Brit. med. journ.*, 1909.
- WALTHER. — A propos des brides développées autour du côlon descendant. Soc. de chir., 1902.
- WINDSCHEID. — La péricolite. *Arch. f. Klin. Med.*, 1899.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 26 janvier 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 25 janvier 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.



